

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

169

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M^{lle} Jeanne PIGEON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ASSOCIATION DE LA DIPHTÉRIE

ET DE LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

(TYPHO-DIPHTÉRIE)

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1922

103

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1922

THÈSE

N°

169

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

M^{lle} Jeanne PIGEON

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ASSOCIATION DE LA DIPHTÉRIE

ET DE LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

(TYPHO-DIPHTÉRIE)

Président : M. NOBÉCOURT, *Professeur*



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, rue Racine, 45

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale.	LECENE
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	DUPRÉ
Clinique des maladies des enfants.	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	PIERRE DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERRER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*Comme faible témoignage de
la reconnaissance infinie que je
leur dois et de l'amour profond
que j'ai pour eux.*

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

*En souvenir d'une profonde
amitié.*

A MON AMIE

VERA VOUKITCHEVITCH

Docteur en Médecine

*En souvenir des bonnes
années d'étude passées en-
semble.*

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

Professeur de Clinique infantile à la Faculté de Paris

*Qui nous fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse. Nous lui en exprimons notre
vive gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR
LÉON BERNARD

A MONSIEUR LE DOCTEUR AVIRAGNET
Médecin à l'Hôpital des Enfants-Malades

A MONSIEUR LE DOCTEUR PARAF
Chef de Clinique aux Enfants-Malades

A MES PREMIERS MAITRES DE L'ÉCOLE
DE CLERMONT-FERRAND

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ASSOCIATION DE LA DIPHTÉRIE
ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE
(TYPHO-DIPHTÉRIE)

INTRODUCTION

C'est dans le service de M. Aviragnet que nous avons recueilli les quelques observations de typho-diphtérie qui font le sujet de notre thèse inaugurale.

Les observations dues à l'obligeance de M. le professeur Léon Bernard nous ont permis de compléter celles recueillies à l'hôpital des Enfants Malades.

L'association de la fièvre typhoïde et de la diphtérie, en dehors de toute contagion apparente, n'est pas fréquente, c'est une question nouvellement étudiée. Cependant on sait depuis longtemps que la fièvre typhoïde peut se compliquer de diphtérie. Louis et Forget en parlent dans leurs traités, et Oulmont en 1859 a présenté un travail sur ce sujet à la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

C'est surtout depuis la guerre que cette association a été observée et étudiée par MM. Joltrain, Rathery et Marcel Labbé.

La diphtérie constitue une complication très grave et très insidieuse de la typhoïde.

Nous ne comptons pas apporter d'aperçus nouveaux à cette question, et nous nous proposons seulement de relater dans nos observations la façon insidieuse et maligne dont évolue la typho-diphthérie, et la très grande attention qu'il faut apporter pour arriver à la dépister.

Avant de commencer qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Léon Bernard qui a bien voulu nous prêter des observations d'un grand intérêt.

Nous remercions M. le Dr Aviragnet qui nous a inspiré ce sujet de thèse ; nous n'oublierons pas ses conseils précieux et la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service en nous communiquant deux observations importantes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

D... Suzanne, 14 ans, entrée le 18 février 1921, salle Chaumont, service de M. le Dr Aviragnet aux Enfants-Malades.

Bien portante jusqu'au début de février vers le 3 a été prise de frissons, un furoncle à la grande lèvre apparaît, encore en évolution à l'entrée à l'hôpital, l'état général reste bon.

A partir du 15, la malade est prise d'épistaxis et de vomissements, état fébrile.

Délire dans la nuit du 17.

Le 18 au soir, à l'entrée à l'hôpital, délire tranquille, état de prostration profonde, lèvres fuligineuses, langue un peu sèche, rougeur des piliers antérieurs du voile. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Taches rosées nombreuses sur l'abdomen et à la base du thorax.

Matité splénique augmentée.

Urines rares à reflets verdâtres. Légèrement albumineuses.

Bruits du cœur un peu assourdis.

Hémoculture positive le 19 février 1921.

Séro-diagnostic macro 10/0 pour Eberth positif, négatif pour P. A. B.

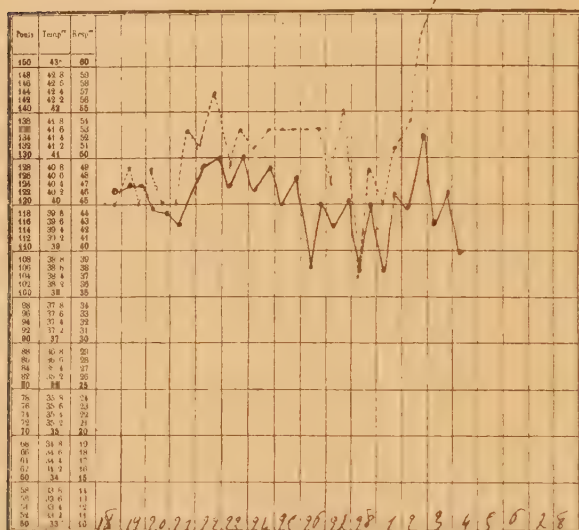
Les jours suivants l'état de prostration augmente, la malade a perdu connaissance, présente de la carphologie, du

tremblement des mains, des lèvres, de la langue, de l'incontinence des matières et des urines.

A partir de cette époque tendance de plus en plus marquée à la constipation.

La malade est très pâle, l'albumine franchement positive.

D... Suzanne



Février 1921

Le 22, réaction méningée caractérisée par le signe de Kœrnig, de la raideur de la nuque, la raie méningée, le liquide céphalo-rachidien est un peu hypertendu mais normal.

Le 23, de nouvelles taches rosées apparaissent ainsi qu'un érythème toxique purpurique aux genoux, aux coudes, aux poignets.

L'adynamie est extrême. La langue est toujours très sèche, fendillée et saignante.

Le pouls reste petit, fréquent et la raideur de la nuque persiste.

Le 28, l'état de somnolence persiste.

Les bruits du cœur sont assourdis.

Le 1^{er} mars, tendance de plus en plus marquée aux hémorragies sous-cutanées.

La malade vomit immédiatement ce qu'elle prend et les *liquides sont rejetés par le nez*. Frappé par ce fait on examine la gorge et on trouve un *enduit mucopurulent fétide*, peu *adhérent*, *grisâtre*, *sorte de putrilage* tapissant les amygdales, la luette et la paroi postérieure du pharynx à odeur fétide.

Un ensemencement de la gorge donne des Loeffler. On injecte de suite 60 centimètres cubes de sérum antidiphtérique ainsi que les jours suivants.

Le 2 mars, la *raideur augmente*.

Ventre un peu rétracté. La température monte très haut. La ponction lombaire donne simplement un liquide hypertendu.

Le 3 mars, le cœur est plus défaillant, avec un *rythme embryocardique* et un pouls de 160.

La malade meurt le 4 mars au matin.

En résumé on se trouve en présence d'une angine diphtérique atypique avec enduit putrilagineux, venant compliquer une fièvre typhoïde grave et cela en pleine période d'état. La maladie présente une forme nerveuse à type méningé.

OBSERVATION II

D... Jeanne, 14 ans, entrée le 13 mars 1921 à la salle Chaumont, service de M. Aviragnet aux Enfants-Malades.

Le début de la maladie a été marqué par une perte d'appétit, une diarrhée jaune ocre; le 9 mai l'enfant s'alite, prise de céphalée, de malaises, de vertiges, d'épistaxis et de légères douleurs abdominales.

Du 9 au 13 la température monte vers 40 degrés.

Le 13 à l'entrée à l'hôpital le pouls est de 96 et la température 40°4, la langue saburrale, le ventre un peu ballonné.

Pas de prostration, pas d'albumine, ni de taches rosées.

Les jours suivants le cœur reste normal et le pouls bon.

Rien à la gorge, la langue n'est pas très sèche.

Le 18 mai, *l'hémoculture est positive* et donne des bactéries ne prenant pas le Gram.

Le séro-diagnostic est positif pour l'Eberth.

Le 19, la malade est prise de vomissements. Quelques taches rosées apparaissent. Le cœur reste bon mais la température est très élevée.

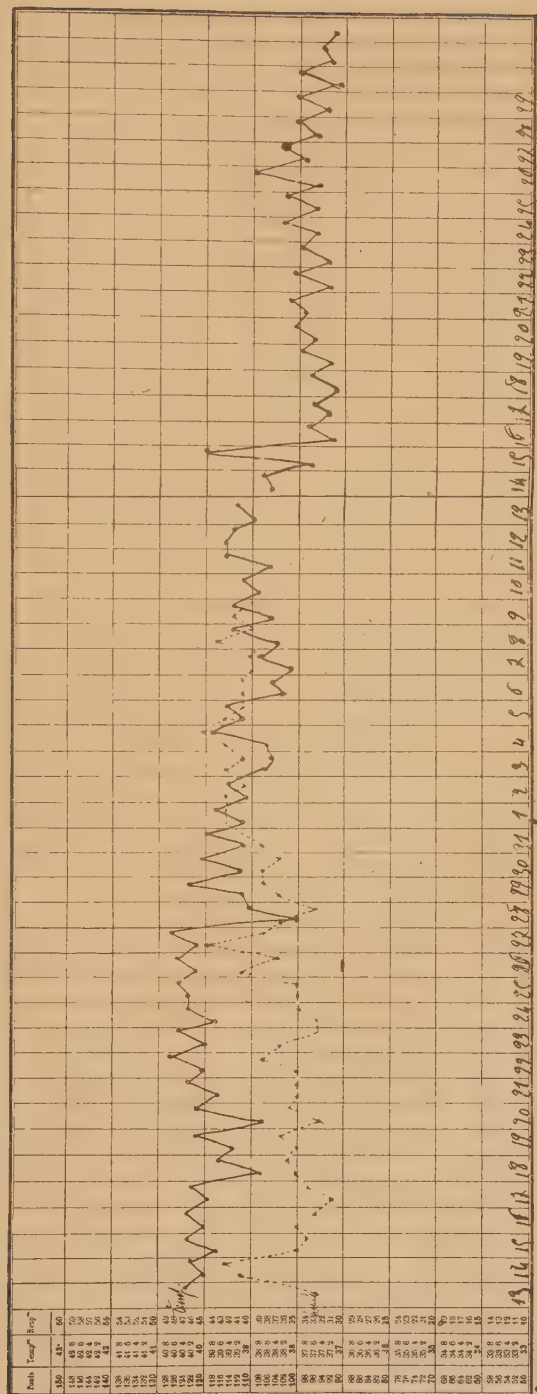
Jusqu'au 25 la gorge ne présente rien d'anormal, mais le 25 *la luette et les piliers sont tapissés par un exsudat blanc grisâtre, peu adhérent.*

L'adénopathie est légère. *Un ensemenement* pratiqué donne des *bacilles diphtériques*.

Le jour même on fait une injection de 50 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

Le pouls augmente de fréquence les jours suivants mais le cœur reste bon. Sous l'influence du sérum antidiphtérique

D... Jeanne



Apr 1921

l'enduit grisâtre de la gorge disparaît rapidement et la température baisse un peu.

A partir du 6 juin l'état général s'améliore, la température après quelques ondulations tombe progressivement mais avec lenteur.

Le 15 juin on marque une ascension brusque de la température : un abcès à l'épaule paraît expliquer cette ascension ; une culture du pus donne des bacilles typhiques.

Après une incision de l'abcès la température tombe.

L'état général de la malade s'améliore de plus en plus, mais la convalescence est longue et pénible, l'enfant sort guéri de l'hôpital le 1^{er} septembre seulement.

En résumé ce qui nous frappe chez cette malade, c'est la façon insidieuse dont a évolué cette diphtérie, rien n'ayant pu la faire prévoir, pas même une aggravation des symptômes généraux. Instruits par la première observation, on a pu tout au début faire le diagnostic d'angine diphtérique compliquant la fièvre typhoïde grâce à un ensemencement de la gorge.

Il est à noter quelques vomissements précédant l'angine.

Observations dues à M le professeur Léon Bernard et à M. le Dr Jean Paraf, chef de Clinique, recueillies en 1915-1916 à l'hôpital d'Armée d'Auchel (P.-d.-C.).

Observation 946. — J... Paul, 62^e artillerie 46 ans, entre le 26 septembre 1915 avec le diagnostic de fièvre typhoïde grave et laryngite.

En effet, le malade présente un état typhoïdique grave, température autour de 40 degrés, un pouls rapide et tous les signes de fièvre typhoïde (grosse rate, taches rosées, météorisme) qui auraient débuté il y a une quinzaine de jours.

En outre depuis deux jours *voix voilée*, toux rauque, crises de suffocation.

Hémoculture + (Eberth). On pense au laryngo-typhus. Cependant la culture du rhino-pharynx montre des Bacilles diphtériques longs.

Le 27 septembre au soir on injecte alors 60 centimètres cubes de sérum mais le malade meurt quelques heures après.

A l'autopsie, fièvre typhoïde typique.

Au niveau du larynx, fausses membranes épaisses avec B. de Loeffler.

Observation 972. — Pron..., 22 ans, bataillon de chasseurs, est évacué le 28 septembre avec le diagnostic de fièvre typhoïde.

Il en présente en effet les signes caractéristiques : fièvres aux environs de 40 degrés, état de stupeur, pouls dicrote, taches rosées, météorisme abdominal. Hémoculture para-B.

Le 29 septembre, on constate au niveau des piliers un exsudat blanchâtre qui gagne rapidement les 2 amygdales. *Culture B Loeffler long.*

On injecte rapidement 100 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

Le lendemain nouvelle injection de 100 centimètres cubes.

La gorge se déterge les jours suivants, la dothientérie continuant son évolution.

Le 5 octobre le malade présente brusquement du collap-

sus cardiaque (pouls rapide, incomptable, dyspnée, cyanose, chute thermique) et meurt en quelques heures.

A l'autopsie lésions intestinales de la fièvre typhoïde, cœur mou, flasque, décoloré.

Observation 975. — Fernand..., infanterie, 21 ans, évacué le 28 septembre sur l'hôpital pour embarras gastrique (Il a été transporté dans la même voiture d'ambulance que le précédent).

Signes cliniques de fièvre typhoïde moyenne : fièvre, céphalée, taches rosées, spléno-mégalie). Hémoculture *Para B.*

Le 4 octobre au matin, il existe sur l'amygdale gauche un exsudat blanchâtre facilement détachable. *Culture = B Loeffler long et moyen* ; 4 octobre soir, une injection de 100 centimètres cubes de sérum antidiphthérie ; 5 octobre au soir, une injection de 60 centimètres cubes.

La gorge se déterge. Suites normales.

Le 13, éruption d'urticaire.

Le malade part en convalescence le 28 octobre en bon état.

Observation 1010. — Patur..., infanterie, convalescent de fièvre typhoïde (*Para B*) a été quelques heures en contact avec le précédent.

Le 6 octobre, exsudat sur une amygdale avec *B. Loeffler*. Injection de sérum de Roux : 60 centimètres cubes. Suites normales.

Observation 1021. — A..., train des équipages, 44 ans, évacué à l'hôpital le 5 octobre. Diagnostic fièvre typhoïde

vient de la même ambulance que les malades des obs. 946 et 972).

Signes complets de fièvre typhoïde grave. En outre les amygdales, la luette, le pharynx sont entourés de fausses membranes épaisses et fuligineuses.

Adynamie, pouls petit, filant.

Injection immédiate intraveineuse de 60 centimètres cubes de sérum antidiphtériques. Injection sous-cutanées de 100 centimètres cubes.

Le lendemain nouvelles injections.

Amélioration les jours suivants et guérison de l'angine. La fièvre typhoïde guérit également après une évolution prolongée après avoir présenté une myocardite grave et une phlébite.

Part en convalescence le 17 janvier.

Observation 1121. — Sch... Victor, infanterie, entre à l'hôpital le 23 décembre 1915 pour angine suspecte avec fièvre élevée.

Il présente en effet sur les deux amygdales un exsudat blanchâtre, opalescent, dont l'ensemencement est pratiqué, il présente en outre une adénopathie sous-maxillaire légère. De plus de la splénomégalie, du météorisme intestinal et des râles de bronchite.

La culture du pharynx montre du bacille Loeffler long. L'hémoculture du Para B.

On injecte le 24 décembre 60 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. L'injection est répétée le 25.

La gorge se déterge, la fièvre typhoïde a une évolution normale quand subitement le 3 janvier le malade meurt sans avoir présenté aucun prodrome.

A l'autopsie, le cœur paraît un peu flasque, pas d'aspect net de myocardite. Caillots intraventriculaires.

Pas de lésions macroscopiques des surrénales, ni des centres nerveux, pas d'embolies pulmonaires.

A l'examen histologique dû à l'obligeance de M. Roussy on constate des lésions de myocardite discrète. Pas d'altération des surrénales.

SYMPTOMES

Dans tous les cas c'est la diphtérie qui est venue compliquer la typhoïde, ce qui ne fait que confirmer les données acquises jusque-là.

Son début est insidieux, c'est à peine si la température présente une surélévation, il est vrai que dans la plupart des cas la dyphtérie est apparue en pleine période d'état. L'attention est parfois attirée par une douleur à la déglutition, mais comme le malade est souvent dans un état de stupeur profonde rien ne fait prévoir un début de dyphtérie. Il faut un examen minutieux de la gorge pour arriver à dépister la maladie.

Parfois, comme dans le n° 946 la voix est voilée, la toux rauque accompagnée de crises de suffocation, on pense à un laryngo-typhus alors que la culture du rhino-pharynx montre des bacilles diphtériques. Le pharynx ne montre aucune fausses membranes alors que le larynx en est tapissé. Dans l'observation I l'attention n'a été attirée que par une paralysie du voile du palais, ce qui montrait déjà une infection profonde de l'organisme ; les piliers, la luette, les amygdales, et la paroi postérieure du pharynx étaient tapissés par un enduit muco-purulent, fétide,

peu adhérent, grisâtre et recouvrant une muqueuse boursouflée et saignante, l'haleine avait une odeur fétide.

Dans l'observation 1021 les fausses membranes étaient aussi fuligineuses, à odeur fétide.

Très souvent on ne trouve qu'un simple exsudat blanchâtre.

Il ne faut donc pas s'attendre, dans la typhodiphthérie, à trouver les vraies fausses membranes caractéristiques de la diphtérie.

Dans plusieurs cas que rapporte M. Marcel Labbé le début de la diphtérie a été marqué par un écoulement purulent et fétide et ce n'est que deux ou trois jours après que sont apparues les fausses membranes. Il est donc nécessaire de connaître ce coryza purulent pour instituer dès le début le traitement antidiphthérique.

Parfois tout se borne à quelques points blancs au niveau des cryptes.

Les symptômes objectifs d'angine blanche manquent quelquefois complètement. Joltrain rapporte dix cas où il n'existait que de l'angine rouge, douze cas d'œdème de la luette : « un léger voile opalescent sur le palais et les piliers. »

Parfois où est indiquée l'absence d'angine éclate une crise de suffocation nécessitant la trachéotomie, aussi faut-il toujours penser à une diphtérie possible dans la typhoïde.

L'extension au larynx et aux bronches peut se faire, M. Marcel Labbé cite deux cas dont l'un s'est

terminé par la guérison, l'autre a évolué lentement, s'est compliqué de broncho-pneumonie et a été suivi de mort.

Contrairement à la diphtérie d'emblée l'adénopathie est légère.

Donc souvent rien ne fait penser à une diphtérie mais l'attention est parfois attirée par l'aggravation des symptômes généraux.

Le pouls devient petit, dépressible, rapide, dans l'observation I il est monté à 164 et même dans les cas favorables il se maintient longtemps très haut.

Une défaillance cardiaque s'installe parfois très rapidement, les deux toxines additionnant leurs effets sur le myocarde.

La température reste très élevée et monte parfois très haut 41,3 dans l'observation I. La courbe thermique est irrégulière.

Très souvent la dyspnée est extrême, la respiration difficile sans qu'il existe pour cela de tirage inspiratoire car les cas de propagation des fausses membranes au larynx sont rares.

L'asthénie est extrême, la stupeur profonde, le teint plombé, le visage pâle. Joltrain insiste tout particulièrement sur la pâleur du visage, il l'a rencontré dans 60 o/o des cas et souvent ce seul symptôme l'a orienté vers le diagnostic de diphtérie. Dans les cas graves il y a refroidissement des extrémités et anurie.

L'association des 2 infections déterminant une très grande altération des follicules clos produit souvent

des hémorragies intestinales et des diarrhées profuses. On note des réactions méningées.

Quant aux complications de la typho-diphthérie ce sont celles de la typhoïde et de la diphthérie, paralysie du voile du palais, même paralysies généralisées.

On remarque une plus grande tendance aux hémorragies intestinales. Nous avons noté un cas de phlébite.

ÉVOLUTION DE LA MALADIE

Depuis la sérothérapie la typho-diphtérie a une évolution bien moins souvent mortelle, cependant les cas de mort ne sont pas rares.

La mort subite a été notée une fois dans nos observations et plusieurs fois par Rathery sans qu'on sache au juste quelles sont les causes de la mort.

On note souvent la mort par collapsus cardiaque, c'est le cas pour le n° 972 ; ces accidents cardio-bulbaires sont plus fréquents que dans la typhoïde et la diphtérie non associés.

M. Rathery parle d'un état particulier : « la cachexie post-typho-diphtérique », le malade arrivé à la période de convalescence ne peut reprendre ses forces et il s'éteint progressivement. Mais cet état est rare le plus souvent l'évolution est rapide, le malade meurt en l'espace de deux à six jours.

Pour M. Marcel Labbé dans les cas curables la guérison est survenue au bout de deux à huit jours cependant on peut noter la longue période de convalescence, ce qui prouve la profonde intoxication de l'organisme. Cette période est abrégée pour les cas de diphtérie survenue au cours de la période de déclin de la typhoïde.

CARACTÈRES CLINIQUES

D'après M. Rathery voici les formes les plus fréquemment observées :

A) Suivant les symptômes cliniques

1° *Forme asthénique.* — Le malade profondément intoxiqué est affalé dans son lit avec un facies anxieux, une respiration fréquente et courte. Pouls rapide et petit ;

2° *Forme cardio-bulbaire.* — Le malade est pris brusquement de vomissements, de hoquets, de cyanose généralisée. Pouls petit, incomptable, température tombant brusquement et mort rapide ;

3° *Forme dyspnéique.* — Le patient est rapidement en proie à une vive angoisse, la dyspnée est extrême, accompagnée de cyanose, le pouls incomptable. Il y a absence de dyspnée laryngée pouvant expliquer la gêne inspiratoire.

Il s'agirait d'une dyspnée d'asphyxie aiguë.

Ces cas sont toujours mortels.

4° *Forme broncho-pulmonaire et laryngée.* — M. Rathery pense que dans quelques cas il s'est agi de véritables diphtéries bronchiques.

Dans une de nos observations nous avons remar-

qué une forme laryngée, envahissement du larynx par les fausses membranes.

5° *Forme nerveuse à type méningée.* — Nous l'avons trouvée chez une de nos malades, se caractérisant par le signe de Kœrnig, de la raideur de la nuque. Le liquide céphalo-rachidien un peu hypertendu étant normal ou présentant seulement un peu d'albumine supérieure à la normale.

On trouve de l'azotémie.

B) *Formes suivant la localisation du bacille
diphthérique*

1° Fausses membranes vraies ;

2° Sans fausses membranes vraies.

Ces formes sont les plus nombreuses.

DIAGNOSTIC

La diphtérie associée à la fièvre typhoïde étant presque toujours mortelle si elle n'est pas traitée dès le début, il est de toute nécessité de faire un diagnostic précoce. Mais le diagnostic clinique est fort difficile la diphtérie ayant souvent un début insidieux.

Très rarement on trouve les fausses membranes diphtériques, la plupart du temps la gorge est tapissée par un enduit grisâtre, sanieux, parfois c'est une simple angine rouge, l'invasion des fausses membranes est quelquefois précédée par une rhinite, la plupart du temps purulente. Parfois le début est simplement marqué par la voix voilée, une toux rauque, le larynx étant seul tapissé par des fausses membranes.

L'aggravation des symptômes généraux doit attirer l'attention et certains symptômes tels que : les *vomissements*, la *pâleur de la face* accompagnée d'albuminurie, les *myocardites* se trouvent très fréquemment chez les typho-diphtériques. La courbe thermique est irrégulière, avec des ondulations, ce qu'on ne voit pas généralement chez les simples typhiques.

Mais l'ensemencement de la gorge peut seul nous

donner des résultats concluants, encore ne faut-il pas ajouter trop d'importance à ces résultats. Joltrain et Caussade ont insisté sur ce point, qu'un examen bactériologique négatif n'implique pas forcément une certitude, car le bacille peut rester localisé au niveau du larynx ou de l'arrière-pharynx, de plus la gorge a pu être traitée préalablement par des antiseptiques.

Si un examen bactériologique est positif chez un malade dont la fièvre typhoïde évolue normalement il serait bon de rechercher si on a affaire à un diphtérique vrai, mais avant toute recherche il faudra faire une injection préventive de sérum.

Le laboratoire et la clinique viendront donc se compléter, mais comme la thérapeutique doit être précoce *il ne faudra pas toujours attendre les résultats de l'ensemencement, surtout en temps d'épidémie, pour peu que cliniquement on pose le résultat de typho-diphtérie.* Donc en présence de toute typhoïde, même isolée, il faudra *penser systématiquement* à l'association possible de la diphtérie à la typhoïde.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Il a été relaté des cas où la diphtérie s'est développée chez des typhiques grâce à une contamination indirecte, soient que les typhodiphtériques provenaient de régions où les deux maladies existaient à l'état épidémique, soit qu'il y ait eu contamination d'un service de diphtérique à un autre de typhique.

Mais il est des cas, se sont les plus nombreux semble-t-il où il n'existe pas de contamination apparente. Les nouveaux travaux de M. Rathery, de M. Marcel Labbé et de M. Joltrain nous ont bien éclairé sur le rôle que joue dans ces cas les *porteurs de germes*.

Par porteurs de germes on entend des sujets qui ayant fait ou pas fait antérieurement de diphtérie possèdent le germe à l'état latent et le plus souvent dans le pharynx. Pour M. Martin les vrais porteurs de germes fournissent à l'ensemencement des colonies caractéristiques et nombreuses et si on n'obtient que de rares colonies de bacilles courts il ne s'agit pas de porteurs de germes.

Dans l'épidémie que relate M. Marcel Labbé sur 14 malades 5 ne portaient que du bacille court au moment de leur entrée à l'hôpital et cependant quelques jours plus tard ils présentaient une angine

diphtérique. D'après ce désaccord entre les résultats de l'examen bactériologique et l'évolution clinique ultérieure, on est en droit d'admettre avec M. Marcel Labbé que chez les porteurs de germes à bacilles courts, « sous l'influence d'une maladie infectieuse comme la typhoïde susceptible d'exalter la virulence du bacille diphtérique et de le rendre violemment pathogène, on voit au bacille court succéder le bacille long ».

Donc on ne peut conclure que les porteurs de germes à bacilles courts ne soient pas ou presque pas susceptibles de faire une diphtérie ultérieurement. La fréquence des porteurs de germes chez les typhiques semble considérable ; dans l'épidémie que relate M. Marcel Labbé la proportion était de 53 o/o et à la fin de l'épidémie alors que les cas de diphtérie étaient devenus très rares elle était encore de 41 o/o.

Ce taux de 53 o/o comparé à celui de 4 à 8 o/o lorsque la statistique porte sur un milieu contaminé, et de 12 à 14 o/o dans les endémies de grandes collectivités montre bien que la contagion n'est pas tout et que le terrain typhique est un terrain favorable à la germination diphtérique.

On sait que la typhoïde n'est pas la seule maladie infectieuse qui prédispose à la diphtérie ; M. Armand Delile a trouvé chez les rougeoleux des enfants malades 42 o/o de porteurs de germes, et M. Marcel Labbé 27 o/o chez les rougeoleux qui étaient amenés dans son service en même temps que les typhiques. On pourrait aussi citer la coqueluche et la scarlatine.

Mais il semble résulter des observations, que la typhoïde est la maladie qui multiplie le plus le nombre des porteurs de germes. La sécheresse de la muqueuse pharyngée, ses ulcérations fréquentes (ulcérations de Duguet) au cours de la fièvre typhoïde et paratyphoïde réaliseraient des conditions très favorables au développement de la diphtérie.

PRONOSTIC

Autrefois la mortalité était de 80 o/o, depuis la sérothérapie le pronostic s'est bien amélioré, il reste cependant grave, vu le début insidieux de la maladie et son évolution rapide.

Sur 14 cas que rapporte M. Marcel Labbé on enregistre 5 morts ce qui fait une mortalité de 36 o/o.

Pour M. Léon Bernard sur 6 cas il y eut 3 décès.

Pour M. Rathery, sur 109 cas il y eut 32 décès soit une mortalité de 29 o/o, c'est-à-dire le triple de la typhoïde simple.

Sur 8 cas que M. Méry rapporte il y eut 5 décès, 2 cas concernant des convalescents eurent une évolution simple.

Des 2 malades soignées dans le service de M. Aviragnet, la première mourut malgré la sérothérapie diphtérique intensive.

Le pronostic reste donc grave malgré la sérothérapie, surtout si cette dernière n'est pas appliquée *dès le début* de la maladie.

Pour comprendre l'échec du traitement il suffit de savoir les causes de mort dans la typho-diphtérie.

Voici comment sont morts les malades de M. Léon Bernard.

Envahissement total du larynx par les fausses membranes	I
Collapsus cardiaque.....	I
Mort subite (à l'autopsie on ne trouve qu'une myocardite légère.....	I

Le décès enregistré dans le service de M. Aviragnet semble être dû à des accidents méningés et cardiaques.

Nous empruntons à M. Rathery la liste de ses décès.

Mort subite, 3 ;

Accidents cardiaques ou cardio-bulbaires, 18 ;

Accidents nerveux méningés, 5 ;

Envahissement total par les fausses membranes, 1 ;

Accidents gangreneux, 1 ;

Erysipèle, 2 ;

Cachexie tardive, 2.

Le pronostic doit donc toujours rester réservé malgré une guérison locale apparente, les accidents cardio-bulbaires étant une cause fréquente de mort.

Pour M. Arloing la diphtérie se produisant à la fin de la typhoïde serait beaucoup plus grave que l'angine du début, en raison de l'hypersensibilité, à une autre toxine d'un organisme déjà saturé par le poison du bacille d'Eberth ou P. A. B.

Mais il résulterait des observations que les cas de diphtérie les plus simples furent ceux qui éclatèrent chez des typhiques convalescents.

TRAITEMENT. — PROPHYLAXIE

Le traitement de la maladie n'a rien de particulier. Il consiste à injecter le plus tôt possible de grandes doses de sérum antidiphthérique. On ne craindra pas d'injecter de 60 à 100 centimètres cubes de sérum les premiers jours tout en diminuant progressivement jusqu'au huitième ou dixième jour suivant l'état de la maladie. Le premier jour on pourra faire une injection intra-veineuse si la gravité de la maladie le nécessite.

Comme le traitement doit être précoce il *ne faut pas attendre le résultat bactériologique pour injecter les suspects.*

En dehors de la sérothérapie antidiphthérique on continuera la médication de la typhoïde : bains de 30 à 34 degrés, glace sur le ventre, injections d'huile camphrée et d'huile éthérée camphrée, sulfate de strychnine.

L'adrénaline aux doses de XX à XXX gouttes par jour pourra être utilement employée pour prévenir les accidents surrénaux.

On pratiquera aussi un traitement local : lavage de la bouche avec de la liqueur de Labarraque à 10 pour 0/00, brossage de la langue et des dents.

Il est une question de toute importance surtout en temps d'épidémie, c'est le traitement préventif basé sur la recherche des porteurs de germes. Ce traitement portera non seulement sur les porteurs à bacilles longs et moyens mais aussi sur ceux à bacilles courts. M. Marcel Labbé ayant observé des typho-diphtéries graves et même mortelles chez des porteurs de germes à bacilles courts.

Ces porteurs de germes seront isolés dans une salle spéciale et injectés préventivement.

Comme on sait que l'injection préventive de sérum ne supprime nullement les bacilles de la gorge, on leur fera subir un traitement local.

Voici une méthode de traitement d'après Messieurs L. Martin et Lemoine :

1° Faire des lavages répétés à la liqueur de Labarraque à 10 pour 0/00 et toucher au collutoire non seulement le voile du palais, les piliers et les amygdales mais encore l'arrière-pharynx, l'orifice des fosses nasales et même dans certains cas les fosses nasales elles-mêmes ;

2° Surveiller attentivement la dentition des porteurs de germes, l'expérience ayant appris que les caries dentaires étaient souvent le recessus de bacilles diphtériques.

M. Louis Martin a préconisé l'application locale de sérum antimicrobien desséché, cette méthode amenant une disparition locale rapide des bacilles.

Il est entendu que ce mode de traitement s'appliquera particulièrement aux convalescents diphté-

riques. Il sera bon d'ajouter dans ces cas à la poudre de M. L. Martin de l'arsenobenzol, car il y a association fréquente des fuso-spirilles dans la diphtérie.

Nous n'avons parlé jusque-là que du traitement préventif chez des porteurs de germes reconnus après examen bactériologique.

Mais si cette méthode paraît donner de bons résultats, lorsqu'on se trouve en présence de cas très isolés et qu'on est parfaitement aménagé, il est des cas où il n'est possible de supprimer la maladie qu'en pratiquant des injections préventives sans contrôle préalable du laboratoire, car il faut agir vite. Tel est le cas d'un hôpital du front de Villers-Cotterets que cite M. L. Martin. L'épidémie durait depuis longtemps et cependant elle a été arrêtée aussitôt après les injections.

Dans les salles encombrées où il y a dissémination de la diphtérie, l'injection préventive s'impose car nous connaissons la grande réceptivité du typhique pour le bacille diphtérique.

Voici comment M. Léon Bernard enraya l'épidémie qui s'était propagée dans son service :

1° Tous les infirmiers ayant été en contact avec les diphtériques furentensemencés (3 porteurs de germes ; 2 infirmiers et 1 sœur furent isolés) ;

2° Tous les malades situés dans la même salle que les diphtériques reçurent une injection de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique et furent ultérieurementensemencés ;

3° Les malades des autres salles ayant pu avoir un contact avec les diphtériques furentensemencés, un fut trouvé positif et reçut une injection de 40 centimètres cubes de sérum puis isolé. Ainsi l'épidémie ne se propagea pas.

Si dans une famille survient une typho-diphtérie, il y a intérêt à faire une injection préventive à tous les membres même bien portants. Dans une thèse on nous cite le cas d'une famille entière frappée de typho-diphtérie, aucune injection préventive n'ayant été faite. Plusieurs cas furent mortels.

Il est à remarquer que les typhiques supportent très bien les injections de sérum et que les accidents anaphylactiques qui peuvent avoir lieu pèsent bien peu vis-à-vis de ceux produits par la toxine diphtérique.

CONCLUSIONS

1° La diphtérie compliquant la fièvre typhoïde, présente une évolution insidieuse et de très grandes difficultés dans le diagnostic clinique ;

2° Des erreurs sont possibles dans le diagnostic bactériologique, toutefois ce dernier présente une grande valeur ;

3° Le plus souvent la diphtérie est due à l'exaltation de la virulence des bacilles chez un porteur de germes, sous l'influence d'un état particulier que crée la typhoïde ;

4° La typho-diphtérie présente une très grande gravité ;

5° Le traitement par le sérum antidiphtérique à doses massives et précoces est le seul qui puisse guérir la maladie ;

6° Dans les cas d'épidémie les injections préventives de sérum antidiphtérique ont une efficacité absolue.

Vu : le président de la thèse,
NOBÉCOURT

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer.
le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL

